

## **АКУШЕРСКАЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ**

**Фомина М.П., Дивакова Т.С.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Серьёзной проблемой репродуктивного здоровья женщин является сочетание беременности с объёмными образованиями яичников. Акушерам всё чаще приходится решать спорные вопросы о возможности сохранения беременности, необходимости и целесообразности операции при сочетании беременности с овариальными новообразованиями, о выборе операционного доступа и гестационного срока, при котором выполнение хирургического вмешательства является оптимальным.

Целью данной работы явилось разработка тактики ведения беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

Нами были обследованы 17 пациенток в возрасте 18 – 25 лет, у которых во время беременности выявлены опухоли и опухолевидные образования яичников (основная группа). В основной группе проанализировали течение и срок данной беременности, при котором выявлено овариальное образование, данные ультразвукового исследования (УЗИ), доплерографии и доплерометрии в динамике, уровни опухолевых маркёров в сыворотке крови (СЕА, СА 125), результаты интраоперационного экспресс-цитоморфологического и гистологического

го исследования, исход беременности. У всех пациенток основной группы образования яичников были обнаружены при данной беременности во время УЗИ на 5 – 13 неделе гестации. Концентрацию опухолевых маркёров (СЕА, СА 125) в сыворотке крови определяли в I триместре беременности радиоиммунологическим и иммуноферментным методом. Контрольную группу составили 12 здоровых беременных, у которых исследовали сывороточные уровни СЕА и СА 125. Интраоперационному экспресс-цитоморфологическому исследованию подвергли перитонеальную жидкость, мазки с поверхности брюшины, удалённых тканей.

При УЗИ и доплерографии у 9 пациенток в одном из яичников определили округлое анэхогенное жидкостное гладкостенное образование с чёткими контурами от 5 до 9 см в диаметре, с периферическим внутриопухолевым кровотоком, предположительно серозную цистаденому.

У 2 больных визуализировали многокамерные жидкостные, неоднородные образования, с тонкими перегородками, диаметром 4 и 11 см, с периферическим внутриопухолевым кровотоком, предположительно муцинозные цистаденомы.

У 3 пациенток обнаружили одностороннее округлое гипозоногенное, неоднородное, ахроматичное образование, от 3 до 13 см в диаметре, верифицированное как дермоидная киста. У 1 больной выявили одностороннее однокамерное анэхогенное ахроматичное образование, диаметром 6 см, предположительно паровариальную кисту.

У 2 пациенток визуализировали двусторонние образования яичников с неровными контурами, сложной структуры, с плотным и неравномерным компонентами, диаметром от 8 до 12 см, с центральным и периферическим внутриопухолевым кровотоком, что не исключало наличие злокачественной опухоли. В 15 из 17 случаев данные УЗИ соответствовали гистологическому заключению.

У 7 беременных с овариальным образованием неоднородной структуры (по данным УЗИ) определили уровни опухолевых маркёров (СЕА, СА 125). У больных основной группы показатели СЕА соответствовали контрольным ( $6,2 \pm 1,8$  и  $5,8 \pm 1,6$  нг/мл соответственно,  $P > 0,05$ ), превышая при этом пороговую концентрацию (2,5 нг/мл). Уровень СА 125 в основной группе не отличался от контрольного ( $45,06 \pm 27,8$  и  $54,72 \pm 31,6$  МЕ/мл соответственно,  $P > 0,05$ ), но был выше порогового (35 МЕ/мл).

У 11 (64,7%) беременных с односторонними анэхогенными жидкостными гладкостенными образованиями яичников в 16 – 17 недель гестации выполнили лапароскопические операции. У 9 из них

выявлены серозные цистаденомы, у 1 – муцинозная цистаденома, у 1 – паровариальная киста, произведено вылущивание образований яичников. Гистологическое исследование удалённых тканей подтвердило диагноз. У 2 (11,8%) пациенток с дермоидными кистами яичников диаметром 3 и 4 см лапароскопию с вылущиванием и удалением опухолей в эндометшке выполнили в 13 – 14 недель гестации. В 1 (5,9%) случае произвели диагностическую лапароскопию с тонкоигольной пункционной биопсией двусторонних опухолей яичников, биопсией брюшины малого таза, большого сальника, аспирацией перитонеальной жидкости в сроке 8 – 9 недель беременности. При интраоперационной экспресс-цитоморфологической диагностике, гистологическом исследовании удалённых тканей малигнизации не выявили. Учитывая рост и двустороннюю локализацию опухолей, подозрение на малигнизацию беременной была предложена радикальная операция, от которой она категорически отказалась. У 3 (17,6%) беременных с размерами яичникового образования более 10 см, подозрением на злокачественное новообразование, вылущивание опухоли выполнено с использованием лапаротомического доступа в 10 – 12 недель гестации. Срочное и стандартное гистологическое исследование удалённых тканей выявило муцинозную цистаденому (в 1 случае), дермоидные кисты (в 2 случаях). У 14 (82,4%) оперированных пациенток беременность закончилась самопроизвольными родами через естественные родовые пути. У 2 (11,8%) беременных было выполнено кесарево сечение по акушерским показаниям. У 1 больной, отказавшейся от радикальной операции в 8 – 9 недель гестации, в 37 – 38 недель было произведено кесарево сечение с экстирпацией матки с придатками, большим сальником, при гистологическом исследовании выявлена зрелая солидная тератома. Все дети здоровы.

Таким образом, УЗИ с доплерографией и доплерометрией позволяют определить не только размеры, локализацию овариального образования, но и его структуру. При обнаружении жидкостного объёмного образования яичника беременную наблюдают до 16 недель, чтобы дифференцировать персистирующую кисту жёлтого тела, которая спонтанно исчезает, от опухоли яичника. Информативность уровней опухолевых маркёров СЕА и СА 125 во время гестации для выявления малигнизации овариальных образований снижается, так как даже при неосложнённой беременности их концентрация в сыворотке крови возрастает. Особенности лапароскопического вмешательства по поводу овариальных образований во время беременности являются: отказ от внутриматочного манипулятора, «нетрадиционные» места введения троакаров, вхождение в брюшную полость открытым спосо-

бом, проведение операции при низких цифрах абдоминального давления (6 – 8 мм рт.ст.).

Итак, выбор способа оперативного лечения опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных зависит от предполагаемого гистологического типа новообразования, его размеров и срока беременности.

Литература:

1. Дивакова Т.С., Фомина М.П., Батуева Н.Г. Цитоморфологическая характеристика опухолей и опухолевидных образований яичников у девушек и женщин раннего репродуктивного возраста // Медицинские новости – 2002 - №5 – С. 76 – 70.

2. Фомина М.П. Опухолевые маркёры в диагностике объёмных образований яичников у женщин раннего репродуктивного возраста // Актуальные вопросы современной медицины и фармации: Материалы 55-й итог. науч.-практ. конф. – Витебск, 2003. – С. 234 – 236.

3. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников – М.: Трида-Х, 1999. – 152 с.